



Bachelorgradsoppgave

Fysisk aktivitet og depresjon

En litteraturstudie om hvilken effekt fysisk aktivitet har på pasienter med depresjon

Physical activity and depression

A literature study about the effect of physical activity on patients who suffer from depression

Julie Rofstad Aalberg

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i sykepleie

Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag – 2014

Antall ord: 7869



HINT

Better to hunt in the fields

For health unbought.

Than pay the doctor

for nauseous drought.

For cure, the wise

on exercise depend

John Dryden, 1600-tallet

(Martinsen 2011, s. 179)

ABSTRAKT

Introduksjon: Depresjon blir rangert på fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Hvert femte menneske rammes av depresjon en gang i løpet av livet. Egnet behandling avhenger av hvilken type depresjon man har og hvilken forståelse man har av situasjonen.

Hensikt: Studiens hensikt var å belyse effekten av fysisk aktivitet i behandling av depresjon, samt se betydningen av sykepleie knyttet opp mot dette.

Metode: Det ble gjennomført en allmenn litteraturstudie der 11 kvantitative- og 1 kvalitativ forskningsartikler ble innhentet, i tidsperioden 2008-2013.

Resultat: Studien viste et entydig resultat som sa at fysisk aktivitet har innvirkning på mental helse i positiv retning. Pasienter med depresjon har effekt av fysisk aktivitet i form av nedgang i depressive symptomer. Flere pasienter rapporterte om flere barrierer knyttet til fysisk aktivitet.

Diskusjon: viktigheten av sosial støtte og veiledning for å oppnå mening i situasjonen anses å være avgjørende da pasientene assosierte flere barrierer knyttet til fysisk aktivitet. En begrensning hos pasientene knyttes til forhold som omhandler psykiske lidelser, og dermed kan gjøre det vanskelig å begynne med fysisk aktivitet. For sykepleien handler det om å respektere og ivareta pasienten før man kan se på pasientens mestringsmuligheter.

Konklusjon: Fysisk aktivitet viser seg å ha en god effekt i behandling av depresjon. Motiverende intervju ble anvendt som forslag til tiltak for å motivere pasienten til endring. Forslag til videre forskning bør rettes mot sykepleien til denne pasientgruppen – hvordan man kan motivere pasienter med depresjon til å være fysisk aktiv.

Nøkkelord:

Allment litteraturstudie, depresjon, fysisk aktivitet, mosjon, mestring, mening

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 <i>Depresjon</i>	1
1.1.1 Symptomer og årsaksforhold	1
1.1.2 Biologisk psykiatri	2
1.1.3 Behandling	2
1.2 <i>Sykepleie som fremmer pasientens evne til mening og mestring</i>	2
1.2.1 Joyce Travelbees menneske-til-menneske-forhold	2
1.2.2 Aon Antonovskys salutogenesemodell	3
1.2.3 Livskvalitet	3
1.3 <i>Oppgavens hensikt</i>	3
2.0 Metode	4
2.1 <i>Fremgangsmåte for litteratursøk</i>	4
2.2 <i>Inklusjon- og eksklusjonskriterier</i>	4
2.2.1 Avgrensning av hensikt	4
2.2.2 Avgrensning av forskningsartikler	5
2.3 <i>Artikkelgranskning</i>	5
2.4 <i>Analyse</i>	6
2.5 <i>Etiske overveielser</i>	7
3.0 Resultat	8
3.1 <i>Fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på mental helse</i>	8
3.2 <i>Ulik intensitetsnivå av fysisk aktivitet påvirker mental helse</i>	9
3.3 <i>Fysisk aktivitet reduserer behovet for medikamentell behandling</i>	10
3.4 <i>Barrierer knyttet til trening</i>	10
4.0 Diskusjon	11
4.1 <i>Fysisk aktivitet i en helsefremmende sammenheng</i>	11
4.1.1 Hva kan hindre pasientens evne til å være fysisk aktiv	13
4.1.2 Medikamentell behandling sett i sammenheng med fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon	14
4.2 <i>Hva kan fremme treningsmotivasjonen til pasienter med depresjon</i>	15
4.4 <i>Metodediskusjon</i>	19
5.0 Konklusjon	21
Litteraturliste	22
VEDLEGG 1: oversikt over inkluderte artikler	25
VEDLEGG 2: oversikt over søkestrategier	39

1.0 Introduksjon

Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. I en gjennomgang av europeiske epidemiologiske studier ble det konkludert med at hvert femte menneske i løpet av livet rammes av en depresjon, uten å si omfanget av typen depresjon den enkelte blir rammet av (Helsedirektoratet 2009a).

1.1 Depresjon

Depresjon inngår i gruppen affektive lidelser, også kalt stemningslidelser (Martinsen 2011). Stemningslidelser beskrives som de psykiske lidelsene som viser seg ved endringer i humøret vårt. Dette kan innebære både oppstemthet og depresjoner, eller en svingning mellom disse to. En svingning mellom maniske perioder og depressive perioder inngår i gruppen bipolare lidelser (Snoek og Engedal 2010). Som følge av stemningsforandringer vil man ofte se en forandring i det generelle aktivitetsnivået. De fleste andre symptomene er enten sekundære eller kan lett forstås i sammenheng med endringen i stemningsleie og aktivitet. De fleste stemningslidelsene har tilbakevendende tendens, mens enkeltepisodene blir ofte utløst av belastende livshendelser eller situasjoner som truer opplevelsen av velvære og livskvalitet (Helsedirektoratet 2009a).

Stemningslidelser viser seg å være relativt vanlige sykdommer, der depresjoner blir regnet som de mest hyppige blant de affektive lidelsene. I følge en amerikansk undersøkelse vil 17 % av befolkningen oppleve å få en affektiv lidelse i løpet av livet, enten det er kun en episode, flere eller større episoder. Depresjon kan inndeles i mild, moderat og alvorlig grad (Snoek og Engedal 2010).

1.1.1 Symptomer og årsaksforhold

Ifølge klassifikasjonssystemet ICD-10 er depresjon preget av symptomer som senket stemningsleie som viser seg i nedstemthet, nedsatt konsentrasjon og oppmerksomhet. Evnen til å glede seg over og vise interesse for ting blir gjerne svekket. Depresjon kan også medføre tretthet og nedsatt aktivitet. Andre symptomer er pessimisme, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst, tanker om selvskading og selvmord (Helsedirektoratet 2009b). Det som gjerne gjenspeiler seg hos den deprimerte pasienten er den lave selvfølelsen, der de også oppfatter verden på en slik måte at deres negative tanker om seg selv blir bekreftet. På grunn av deres negative tankemønster ser de ofte mørkt på alt og da har vanskelig med å finne glede i det som foregår rundt seg (Kringlen 2011).

Årsakene til depresjon kan være flere og sammensatte. Det kan ha en sammenheng med arvelige, biologiske og psykososiale forhold (Snoek og Engedal 2010).

1.1.2 Biologisk psykiatri

Med biologisk psykiatri ser man på hva som er basis for psykiske lidelser. Det skjer prosesser i den menneskelige hjernen som styrer følelser, kognitive evner og atferd. Endringer i serotonin- og dopaminstoffskiftet er biologiske endringer som viser seg å kan fremkomme hos pasienter med depresjon. Slike endringer påvirker den enkeltes tankeprosess (Martinsen 2011).

1.1.3 Behandling

Hvilken type behandling som er mest egnet vil avhenge av hvilken type depresjon man har og hvilken forståelse og oppfatning man selv har av seg selv og sykdommen. Det finnes ulike former for psykoterapi, som for eksempel individuell dynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi og familie- eller parterapi. Disse behandlingsformene tar sikte på å forbedre den enkeltes selvbylde og i størst mulig grad endre det generelle tankemønsteret (Snoek & Engedal 2010). Andre faktorer som har positiv innvirkning på mental helse vil være å ha sosial kontakt med andre slik at man har støtte til å komme seg ut av depresjonen. Det at man har meningsfulle aktiviteter å gå til sees på som gunstig. I tillegg er rutiner på både døgn og måltider en viktig innvirkende faktor (Martinsen 2011).

1.2 Sykepleie som fremmer pasientens evne til mening og mestring

1.2.1 Joyce Travelbees menneske-til-menneske-forhold

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne en mening i disse erfaringene” (Kristoffersen 2011a, s. 216).

Denne definisjonen kommer fra Joyce Travelbee som arbeidet som psykiatrisk sykepleier. Hennes sykepleietenkning er rettet mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hun vektlegger at som sykepleier skal man hjelpe en person til å mestre og finne mening knyttet til lidelse og sykdom. Sykepleien skal legge vekt på å det å forebygge sykdom og fremme helse (Kristoffersen 2011a).

1.2.2 Aon Antonovskys salutogenesemodell

Salutogenese betyr *”det som fremmer helse”* (Sævareid 2008, s. 42). Antonovskys salutogeniske tenkemåte går ut på at sykepleieren må opparbeide seg en forståelse av hva det er som medvirker til at mennesket holder seg frisk på tross av de belastninger man blir utsatt for. Det betyr at man skal holde fokus på det som skaper helse. Antonovsky fremhever at mestring er et sentralt aspekt i hans teori, der mennesket skal opparbeide seg en opplevelse av sammenheng i livssituasjonen. Begriperlighet, håndterbarhet og meningshelhet er tre elementer som alle er forutsetninger for å mestre (Ibid).

1.2.3 Livskvalitet

Livskvalitet er et begrep som kan tydes på flere måter, og det finnes flere definisjoner av dette begrepet. Oppgaven fokuserer på livskvalitet som psykisk velvære, der Siri Næss definisjon vil bli vektlagt. Livskvalitet som psykisk velvære er å selv ha en opplevelse av at man har det godt, det å ha en grunnstemning av glede. Det å ha god livskvalitet er et subjektivt begrep, som innebærer å ha gode følelser og positive vurderinger av sitt eget liv (Næss 2001).

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har i behandling av mennesker med depresjon. Videre blir hensikten å diskutere betydningen av sykepleie knyttet opp mot dette temaet. Perspektivet i denne studien er pasientperspektiv: oppgaven vil omhandle hvordan pasienten føler seg og i hvilken grad de oppgir at fysisk aktivitet har en positiv eller negativ innvirkning på deres mentale helse. Videre i oppgaven vil pasientperspektivet bli sett i sammenheng med hvilken innvirkning sykepleierens rolle har i møte med denne pasientgruppen.

2.0 Metode

En metode er beskrevet som en fremgangsmåte for å kunne løse problemer og kunne komme frem til ny kunnskap. Metoden brukes som et verktøy for å samle inn kunnskap som er nyttig for videre undersøkelse (Dalland 2012). Denne studien er basert på en allmenn litteraturstudie. Det er en studie som tar for seg allerede eksisterende forskning, der man analyserer og kritisk vurderer denne litteraturen (Forsberg og Wengström 2013).

2.1 Fremgangsmåte for litteratursøk

Denne oppgaven består i hovedsak av kvantitative studier. Ved hjelp av datasøk ble det innhentet 11 kvantitative - og 1 kvalitativ forskningsartikkel.

Det ble foretatt litteratursøk i databasen Psychinfo. Søket ble gjennomført ut i fra valgt problemområde, som i denne oppgaven var fysisk aktivitet som behandling til personer med depresjon. Under søket ble følgende søkeord anvendt for å oppnå funn av relevant litteratur: depression, depressive disorder, psychiatric patients, mental health, exercise, physical activity, physical fitness, physical health. Søkeordene ble kombinert ved hjelp av "AND" og "OR" (Vedlegg: oversikt over søkehistorikk).

Det ble i tillegg utført manuelle søk, som omhandlet leting i referanselisten til aktuelle artikler. Dette for å kunne anskaffe artikler som sto i sammenheng med allerede innhentet forskning (Forsberg og Wengström 2003). Artikler som så interessante ut ble hentet opp gjennom Google scholar (Vedlegg: oversikt over inkluderte artikler). Det ble innhentet 2 forskningsartikler via tittelsøk i Google scholar.

2.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

2.2.1 Avgrensning av hensikt

Studien har et pasientperspektiv, der det ble vektlagt hvordan pasienten føler seg og i hvilken grad de oppgir at fysisk aktivitet har en positiv eller negativ innvirkning på deres mentale helse.

Opgavens fokus er depresjon og fysisk aktivitet, der det vil fokuseres på i hvor stor grad fysisk aktivitet påvirker vår mentale helse. Inklusjonskriterier som ble valgt i oppgaven er voksne kvinner og menn som lider av sykdommen depresjon. Fokuset ligger kun på de rene depressive lidelsene.

Opgaven tar for seg alle stadier av depresjon, dette for å kunne se om det eventuelt er forskjell på

hvor effektivt fysisk aktivitet er i behandlingen av mild til høy depresjonssymptomer. I tillegg ønskes det å se på om fysisk aktivitet har ulik effektiv på kvinner og menn i behandlingen av depresjon.

Med fysisk aktivitet regnes all aktivitet der du bruker musklene og kroppen, og som gir økt energiforbruk (Espnes og Smedslund 2009). I denne oppgaven vil fysisk aktivitet omtales som utholdenhetstrening, styrketrening og som daglig mosjon. Det ønskes å studere på om det er forskjellig på effekten av ulike treningsaktiviteter.

2.2.2 Avgrensning av forskningsartikler

Inkluderte artikler belyste oppgavens hensikt. Disse ble funnet gjennom bruk av relevante søkeord knyttet til oppgaven. For å begrense søket ytterligere ble det inkludert kriterier som vektla språk og publiseringsår, der nyere forskning var ønsket. Artikler publisert senere enn 2007 ble ekskludert. For at det språkmessig skulle være overkommelig ble det inkludert artikler med engelsk, norsk, svensk og dansk språk. Andre avgrensninger ble satt til inkludering av abstrakt (vedlegg: oversikt over søkehistorikk).

Det er også anvendt sekundærkilder som benyttes i introduksjon og diskusjon. Dette er forskning funnet gjennom litteratursøk på samme måte som de inkluderte 12-15 forskningsartiklene, men som kun er review og kan dermed ikke benyttes som resultat.

2.3 Artikkelgranskning

Søkene ga ofte mange treff, det var derfor viktig å avgrense søkene med flere søkeord, publiseringsår, språk og abstrakt for å få så relevant litteratur som mulig. De innhentede artiklene ble vurdert i forhold til relevans til studien. I utvelgelsen ble tittelen på de enkelte forskningsartiklene vurdert som interessant, dermed ble artikkelens abstrakt lest. Dersom dette fremsto som interessant og virket relevant for studien ble artikkelen lest i sin helhet. Forfatterne av forskningsartiklene ble vurdert, og hvilken autoritet forfatteren hadde i forhold til emnet (Dalland 2012). Det ble også sett på artikkelens oppbygging, IMRaD, for å vurdere kvalitet på forskningen.

Innhentet forskningslitteratur ble ansett som relevant opp mot hensikten med studien, da artiklene dannet et grunnlag for videre drøfting. Artiklenes hensikt sto i samsvar med oppgavens hensikt og problemstilling. Det var ønskelig å benytte både kvantitativ og kvalitativ forskning for å få en større

dybde i oppgaven. På grunn av manglende relevante treff på kvalitative forskningsartikler ble det i hovedsak innhentet kvantitative forskningsartikler.

2.4 Analyse

Analyse er et granskingsarbeid som tar sikte på å finne ut hva materialet som er innhentet har å fortelle, for så å saklig fremlegge dette og knytte det opp mot studiens hensikt. En slik gjennomgang krever mye arbeid der man går gjennom deler og helhet av materialet for å danne et helhetsinntrykk av materialet. Etter en slik tekstanalyse er gjennomført sitter man igjen med flere meninger om samme tema, noe som fører til at studien er åpen for tolkninger (Dalland 2012). Tekstanalysen ble inndelt i meningsbærende enheter, subkategorier og kategorier. Gjennom analysetabellen ble det utarbeidet fire kategorier som ville bli sentrale under resultat og diskusjon:

- Fysisk aktivitet er assosiert med mental helse
- Ulik intensitetsnivå av fysisk aktivitet er assosiert med mental helse
- Fysisk aktivitet reduserer behovet for medikamentell behandling
- Barrierer knyttet til trening

Meningsbærende enhet	Subkategori	Kategori
Lav mestringsfølelse og mangel på sosial støtte for trening er assosiert med barrierer knyttet til fysisk aktivitet Pasientene kjenner på følelsen av utmattelse og tretthet Pasientene føler seg usikker på seg selv	Sosial støtte er viktig på veien til å bli fysisk aktiv Lav mestringsfølelse preger pasienten	Barrierer knytte til fysisk aktivitet

2.5 Etske overveielser

Det er viktig å ivareta etiske overveielser, da disse tar hensyn til de menneskene som stiller opp og deler sine opplevelser og erfaringer (Dalland 2012). Det var ønskelig at inkluderte artikler skulle ha gjennomgått etisk komite for vurdering av innhold. Det er blitt benyttet et par forskningsartikler der hvor det ikke står noe om etisk vurdering, men som er vurdert som betydningsfull i oppgaven på bakgrunn av hensiktens betydning. De artiklene som ikke var gjennomgått etisk komite hadde blitt godkjent av IRB (institutional review boards). IRB er strenge retningslinjer som tar sikte på å ivareta både pasient og sykepleier (Dalland 2012). På grunnlag av dette ble også disse artiklene inkludert.

Det ble valgt ut forskningsartikler på grunnlag av oppgavens hensikt. Det ble ikke kun valgt ut artikler som støttet forfatterens meninger, da dette ble ansett som uetisk. Plagiering ble ansett som forbudt innenfor forskning, og gjennom denne oppgaven skulle det derfor refereres til forfatterne av litteraturen som ble inkludert (Forsberg og Wengström 2003).

3.0 Resultat

Den kategoribaserte analysen ledet fram til fire kategorier, der det presenteres funn i studiene som vurderer behandlingseffekt av fysisk aktivitet hos deprimerte personer.

3.1 Fysisk aktivitet har en positiv innvirkning på mental helse

Det forskes på kvinner med lav sosioøkonomisk status som selv har rapportert om depressive symptomer. Effekten av kombinert fysisk aktivitet og psykoedukasjon skulle testes, der kvinnene ble delt i grupper. En gruppe skulle gjennom et treningsprogram mens den andre gruppen fikk både treningsprogram og behandling med psykoedukasjon. Resultatet viser at kvinner som både deltok i kombinert trening og psykoedukasjon, og kvinner som kun deltok i fysisk aktivitet viste betydelig nedgang i depressive symptomer (van der Waerden et al. 2013).

Flere funn viser at generell fysisk aktivitet er knyttet til bedret mental helse (Linwall et al. 2011, Kim Y S 2012). Menn og kvinner som trener har mindre sjans for å utvikle depresjonssymptomer. Det ble brukt HADS-D skala for å måle grad av depresjonssymptomer samtidig som selvrapportert treningsvaner ble knyttet opp mot disse funnene. Det viser seg at de som trente hadde en lav score på HADS-D skala (Augestad L B et al. 2008). Et annet funn viser at trening har innvirkning på andre faktorer som påvirker vår mentale helse, og dette gjelder både kvinner og menn. Fysisk aktive menn viser seg å ha liten forekomst av insomnia og suicidalitet sammenlignet med inaktive menn. Fysisk aktive kvinner har mindre sjans for å utvikle hypersomni, kjenne på dette med overdreven skyldfølelse og vakkende tanker, og suicidalitet sammenlignet med inaktive kvinner (McKercher et al. 2013).

Pasienter som er diagnostisert med major depressive disorder, som er vanskelig å kurere, viser seg å ha god effekt av treningsprogram. Resultatet viser en langtidsforbedring av depressive symptomer etter at pasientene har vært med i et 32 ukers aktivitetsprogram (Cata M G et al. 2008). I følge et annet funn er voksne som lider av major depressive disorder og som holder seg fysisk aktive har avvikende depressive symptomer sammenlignet med de som er fysisk inaktive (McKercher et al. 2013). I tillegg viser resultat at pasienter diagnostisert med major depressive episode kan ha en økt risiko for å gå fra å være aktiv til inaktiv, der det er lik risiko for både kvinner og menn. Samtidig ser man at diagnosen ikke hindrer en fra å gå fra inaktiv til aktiv (Patten S B et al. 2009).

3.2 Ulik intensitetsnivå av fysisk aktivitet påvirker mental helse

Forskning tyder på at fysisk aktivitet har en sammenheng med mental helse. Det er i tillegg ønsket å belyse om ulike intensitetsnivå av fysisk aktivitet er forbundet med vår mentale helse. Det er gjort to funn som sier at moderat intensiv treningsmengde gir godt utslag på mental helse (Moto-Perieira et al. 2011, Kim Y S et al. 2012). Et moderat intensivt treningsprogram er nyttig og effektivt i behandling av depresjon. Det er forbundet med stor forbedring i depressive symptomer etter å ha deltatt i et slikt program (Moto-Pereira et al. 2011). Både moderat og høyt intensivt aktivitetsmengde gir utslag i redusert risiko for medikamentell behandling sammenlignet med inaktive mennesker. Dette gjelder både for hovedgruppen antidepressiver, sedativer og sovemedisin. Fritidsaktiviteter er en viktig faktor for å hindre mentale helseproblemer (Lahti L et al. 2013).

Ulike intensitetsnivå av fysisk aktivitet er forbundet med psykisk helse hos både kvinner og menn. Kvinner har godt utbytte av moderat intensitetstrening, der blant annet det å spaserturer vil gi positive assosiasjoner til følelsesmessig velvære (Aztalos M et al. 2009). Moderat fysisk aktivitetsnivå viser lav HADS-D score sammenlignet med de som rapporterte om lavt nivå av fysisk aktivitet eller som var inaktiv (Augestad L et al. 2008). Det er ulike funn i forhold til hvilket aktivitetsnivå som er mest gunstig hos menn. Både lav, moderat og høy intensitet er oppgitt til å ha effekt (Aztalos M et al. 2009, Augestad L et al. 2008). Samt at høyt nivå har en liten men betydningsløs betydning (Augestad L et al. 2008).

Forekomsten av depressive symptomer blant kvinner i alderen 36-40 år var den samme som hos ungdom 21-25 år. Det ser ut til at dette avviker fra menn, da det der var nesten doblet forekomst av depressive symptomer i den eldste klassen sammenlignet med ungdom (Augestad L et al. 2008).

Det er forsket på assosiasjoner mellom kvinner som sitter mye hjemme og fysisk aktivitet knyttet opp mot depressive symptomer. Kvinner som satt mer enn 7 timer pr dag og som ikke var fysisk aktive viste større forekomst av depressive symptomer sammenlignet med de kvinnene som satt mindre enn 4 timer per dag og oppga at de var fysisk aktive. Resultatet viser at de som satt mest hadde en trippel depresjonsøkning (van Uffelen J G Z et al. 2013).

3.3 Fysisk aktivitet reduserer behovet for medikamentell behandling

Det viser seg at fysisk aktivitet har en innvirkning på bruken av medikamentell behandling hos pasienter rapportert med depresjonssymptomer. Personer med depressive symptomer ble delt i to, der den ene gruppen rapporterte om fysisk aktivitet mens den andre gruppen besto av personer som var inaktive. Senere ble det sett at den fysisk aktive gruppen hadde mindre forekomst av bruk av medikamentell behandling knyttet til depresjon sammenlignet med den inaktive gruppen. Gruppen som oppga å være aktiv innen kondisjonstrening hadde lavest sjans for å starte med medikamenter. Både kraftig og moderat nivå av fysisk aktivitet viser seg å ha god effekt, da også de har lav risiko for oppstart med medikamenter (Lahti et al 2013).

3.4 Barrierer knyttet til trening

Gjennom en kvalitativ studie der 31 kvinner ble intervjuet med spørsmål knyttet til deres mentale helse, sivilstatus, medisinske historie og tidligere depresjonsbehandling viser det seg at ulike barrierer for fysisk aktivitet er en avgjørende faktor hos personer med depresjon. Lavt nivå av mestringsfølelse og sosial støtte for trening viser seg å være assosiert med barrierer knyttet til fysisk aktivitet (Craft et al 2008).

Det ble anvendt spørsmål og skala for å måle pasientens opplevelse av barrierer knyttet til trening. De største funnene som ble gjort knyttet til barrierer er at pasientene ofte følte seg for trøtt og sliten til å trene, det at de føler seg usikker på hvordan de selv ser ut når de trener og det å ikke ha en treningspartner var avgjørende faktorer til deres lave nivå av fysisk aktivitet. Selvtillit, lav sosial støtte fra venner og familie sees på som innvirkende faktorer (Craft et al 2008).

4.0 Diskusjon

Studien viser et entydig resultat som sier at fysisk aktivitet har innvirkning på mental helse i positiv retning. Det er gjort funn som tyder på at fysisk aktivitet har en behandlingseffekt på depresjon og depresjonssymptomer. Først vil funnene diskuteres opp mot annen litteratur som pensumlitteratur og fagstoff. Deretter vil funnene knyttes opp i mot sykepleien for denne pasientgruppen, og diskutere dette opp mot teoretiker. Dette for å sette fokus på hvilke sykepleietiltak som kan være aktuelle å benytte seg av i forhold til behandling av depresjon rettet mot motivasjon og mestring i forhold til fysisk aktivitet.

Da studien har kommet fram til et entydig resultat, som sier at fysisk aktivitet bringer med seg positive helsegevinster, blir det utfordrende å drøfte for og imot. De tre første resultatene vil bli slått sammen, for så å drøfte dette opp mot sykepleien.

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvilken effekt fysisk aktivitet har i behandling av mennesker med depresjon. Videre blir hensikten å diskutere betydningen av sykepleie knyttet opp mot dette temaet.

4.1 Fysisk aktivitet i en helsefremmende sammenheng

Resultatet viser at generell fysisk aktivitet er knyttet til mental helse. Dette kommer tydelig fram i studien som er gjort, da menn og kvinner som er fysisk aktive har mindre forekomst av blant annet søvnproblemer og en nedgang i depressive symptomer. I følge Martinsen (2011) er det en klar sammenheng mellom livsstil og kroppslig helse. Han mener at fysisk inaktivitet medfører en økning i risiko for å utvikle kroppslige sykdommer. Hvis man ser dette i sammenheng med at psykiske lidelser har en økt forekomst av ugunstige livsstilsfaktorer, har man som sykepleier en viktig jobb med å formidle dette budskapet. Depresjon har blant annet en tendens til å medføre helseskadelig atferd som blant annet usunt kosthold, økt alkoholforbruk og redusert fysisk aktivitet. Ved fysisk aktivitet kan man rask oppleve de psykologiske virkningene det medfører, der det å oppleve glede og mindre psykisk ubehag er i fokus (Ibid). Ved oppstart av fysisk aktivitet vil dette ofte medføre et generelt sunnere liv totalt sett, da man gjerne kutter ut andre faktorer som man assosierer med et usunt liv (Espenes og Smedslund 2009).

Studien viser at pasienter som trener og er fysisk aktive har mindre sjans for å utvikle depresjonssymptomer, samt at pasientens depresjonssymptomer har blitt målt til et lavere nivå etter gjennomført treningsprogram. Dette samsvarer med Espnes og Smedslund (2009) som sier at fysisk aktivitet viser seg å ha en fremmede effekt på humør, selvbilde og psykisk velvære. Siri Næss (2001) funderer over hvem det er som avgjør hva som ligger i begrepet psykisk velvære og det å ha god mental helse? Hva er psykisk velvære for deg? Hun mener at det er viktig å ha fokus på hva enkeltindividet ønsker og føler. Begrepet psykisk velvære kan forklares med følelsen eller opplevelsen av å ha det godt. For at man skal kunne redusere pasientens psykiske plager, er det viktig som sykepleier å legge til rette for at pasienten har fokus på det han føler er positive opplevelser (Ibid). Selv om litteraturen støtter opp under studiens resultat, er de psykiske effektene av fysisk aktivitet noe mer vanskelig å avdekke enn de fysiologiske effektene. Dette kan gjerne forklares med at det er vanskeligere å måle de psykiske effektene, samt at det er store variasjoner fra person til person (Espnes og Smedslund 2009).

Resultatet viser at det ikke skulle store anstrengelser til for å få oppnå helsegevinst, i form av nedgang i depressive symptomer hos pasientene, da moderat mosjon viste seg å være vel så bra som høy intensiv trening. Dette samsvarer med Snoek og Engedals (2010) tenkning om faktorer som bidrar til bedre sinnsstemning. Fysisk aktivitet, uavhengig av om det er trening organisert i grupper eller daglig mosjon gjort av eget initiativ, bidrar til økt velvære og gir en følelse av kontroll og bedre selvfølelse (Ibid). Martinsen (2011) støtter dette ved å si at daglig mosjon i form av spasertur vil virke positivt inn på den mentale helsen. Samtidig påpeker han at helsegevinstene av fysisk aktivitet er størst når aktiviteten er regelmessig. "Fysisk aktivitet er en reise, ikke mål. Det må fortsette resten av livet" (Martinsen 2011, s. 42). Dette er et poeng som kanskje er spesielt viktig å få frem i forhold til å bruke fysisk aktivitet som behandling hos mennesker med depresjon. Det er når pasienten gjør aktiviteten til en del av hverdagen den gir utslag i helsegevinst.

Resultatet viser noe ulik effekt av fysisk aktivitet på depresjonssymptomer blant kvinner og menn. Hos kvinner er moderat intensiv treningsmengde positivt assosiert med psykisk velvære, der spaserturer blir dratt frem som et godt eksempel. Menn derimot har effekt av både lav, moderat og høy intensiv trening. Dette kan sees i sammenheng med hva Kringelen (2011) tar for seg med tanke på biologiske kjønnsforskjeller. Hjernen til kvinner og menn er noe ulik i anatomi. Dette er noe som er lite forskning på, og er derfor vanskelig å diskutere og trekke konklusjoner til. Grunnen til at både lav og moderat treningsmengde sees på som hensiktsmessig kan diskuteres. Sannsynligvis ga dette resultatet utslag i at moderat trening er en treningsmengde som vil være overkommelig for pasienten selv. Videre kan dette brukes som motivasjonsfaktor da de fysiske aktivitetene ikke trenger å være omfattende og anstrengende. Det er dermed viktig at sykepleieren har kjennskap til de

positive helsegevinstene som fysisk aktivitet medfører, og videre argumenterer og formidler de effektene fysisk aktivitet fører med seg (Espnes og Smedslund 2009). Utfordringen her blir å vurdere om pasienten er i stand til å gjennomføre slike treningsøkter. Det er viktig å skille pasient fra pasient, og finne ut hvordan den enkelte mestrer en slik utfordring (Kristoffersen 2011a). Espnes og Smedslund (2009) påpeker at gode helsegevinster oppnås uten at aktiviteten behøver å være av høy intensitet. Aktiviteten kan også deles opp, da 10 minutters fysisk aktivitet tre ganger i løpet av dagen viser seg å ha like god effekt på helsen som ei treningsøkt på 30 minutter (Ibid).

Fysisk aktivitet har en påvirkning i form av signalstoffer som for eksempel endorfiner og monoaminer. Impulsene mellom de ulike nervecellene i kroppen overføres ved hjelp av signalstoffer. Ved behandling med psykofarmaka påvirkes balansen mellom signalstoffene i de ulike delene av hjernen. Psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke hjernen på samme måte. I følge biokjemiske hypoteser vil konsentrasjonen i blodet av endorfiner, som vi anser å være kroppens egenproduserte morfinliknende stoffer, stiger under fysisk aktivitet. Man har foreslått at en forbigående økning av endorfinnivået kan forklare treningens psykologiske effekt. Ved dype depresjoner reduseres hjernens innhold av serotonin og noradrenalin. Dyreeksperimentelle studier har vist at intens fysisk aktivitet øker hjernens innhold av disse stoffene, og man har tenkt at det samme kan skje hos mennesket (Martinsen 2011).

4.1.1 Hva kan hindre pasientens evne til å være fysisk aktiv

Studien som er gjort kom frem til at pasienter som er diagnostisert med depresjon har en økt risiko for å gå fra å være aktiv til inaktiv, både hos kvinner og menn. Det er ikke dermed sagt at de ikke kan gå fra å være fysisk inaktiv til å være fysisk aktive.

Resultatet viser at pasientene opplever store barrierer knyttet til fysisk aktivitet, spesielt fremkommer pasientenes opplevelse av mangel på energi, samt at lav mestringsfølelse og mangel på sosial støtte er barrierer knyttet til pasientens evne til å være fysisk aktiv. Moe (2011) støtter dette og reflekterer rundt det at selv om mange kanskje vet at fysisk aktivitet er gunstig, er det mange som ikke får seg til å gjennomføre slik aktivitet. Enkelte forhold som omhandler psykiske lidelser kan gjøre det vanskelig å begynne med fysisk aktivitet (Ibid). I følge klassifikasjonssystemet ICD-10 er blant annet pessimisme, trettbarhet og lav selvfølelse uttalte depressive symptomer (Helsedirektoratet 2009b). Forutsetningen for være fysisk aktiv kan ha sammenheng med både pasientens og sykepleierens holdninger. Pasienter som sliter med depresjon og lav selvfølelse kan ha vansker med å forholde seg til krav som de egentlig ikke orker. Dette kan prege deres holdninger knyttet til aktivitet, at de ikke har energi til å gjennomføre slik belastning. Samtidig vil deres tanke om at fysisk aktivitet

ikke vil hjelpe akkurat meg prege den enkeltes motivasjonsevne. I tillegg kan muligens pasientens tidligere negative erfaring med fysisk aktivitet, der assosiasjoner fra for eksempel gymtime har resultert i manglende motivasjonsevne. Ved at sykepleieren kjenner til pasientens hindringer, kan dette bidra til bevisstgjøring for pasienten og sykepleieren. Her vil holdningene hos sykepleieren spille en avgjørende rolle. For det første må sykepleieren selv ha kunnskap om hvilke effekter fysisk aktivitet bringer med seg, for så å benytte sin kunnskap om motivasjonsstrategier. Det er viktig at helsepersonell har lik holdning når det kommer til å benytte fysisk aktivitet som behandling av depresjon, hvis ikke vil det være vanskelig å motivere pasienten (Moe 2011).

4.1.2 Medikamentell behandling sett i sammenheng med fysisk aktivitet hos pasienter med depresjon

Resultatet viser at fysisk aktivitet har innvirkning på bruken av medikamentell behandling hos pasienter med depresjon. Av to grupper som fikk ulik behandling, hvorav kun den ene gruppen deltok i fysisk aktivitet, ble det bevist at gruppen som var fysisk inaktiv hadde større forekomst av bruk av medikamenter sammenlignet med den aktive gruppen. Martinsen (2011) forklarer legemiddelbehandling innen psykiatrien på en slik måte at den tar utgangspunkt i symptomer som fremkommer, og ikke hva som er årsaken til den psykiske lidelsen. Psykofarmaka, som er betegnelsen på legemidler innen psykiatrien, regulerer den enkeltes psykiske funksjon og atferd. Antidepressive medikamenter regnes som den best dokumenterte behandlingsmetoden mot depresjon, og som samtidig regnes som standardbehandling. Dersom man fokuserer på de biologiske sidene ved depresjon kan man se at endringer i serotonin- og dopaminstoffskiftet i hjernen påvirke pasientens tankeprosesser. Her vil det være naturlig å gi medikamenter som har direkte påvirkning av disse systemene. Fysisk aktivitet kan være et alternativ til beroligende og antidepressive medikamenter. Dette er medikamenter som påvirker reseptorsystemet i hjernen. Psykologiske behandlingsmetoder og fysisk aktivitet kan påvirke hjernen på samme måte som disse medikamentene (Ibid). Hvis man ser på Martinsen (2011) forklaring av hvordan medikamenter påvirker hjernen og setter dette i sammenheng med den effekten fysisk aktivitet har på depressive symptomer, vil man kanskje doble virkning av behandlingen.

4.2 Hva kan fremme treningsmotivasjonen til pasienter med depresjon

Studien bringer frem et entydig resultat som viser at fysisk aktivitet har innvirkning på mental helse i positiv retning. Dette i form av at fysisk aktivitet kan være en behandlingsfaktor hos deprimerte pasienter. Tveiten (2008) mener at det er avgjørende for pasienten at sykepleieren formidler dette. Det er ønskelig å få pasienten til å utvikle seg og oppnå endring i sin hverdag, og dermed også øke livskvaliteten. Sykepleierens mestringshjelp vil innebære å hjelpe pasienten til å legge til rette for at vedkommende oppdager sine egne muligheter til å mestre (Ibid).

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, studenter og kolleger” (Tveiten 2008, s. 30).

Definisjonen tar for seg flere aspekter som kan legge til rette for at pasienten skal tilegne seg ny kunnskap, nye holdninger og nye ferdigheter som kan være avgjørende for å kunne mestre sin sykdom i den grad at man kan oppnå bedre livskvalitet (Tveiten 2008).

Resultatet viser at flere pasienter oppgir å ha flere barrierer knyttet til fysisk aktivitet som behandling av deres depresjon. Det er ønskelig å knytte sykepleie opp mot dette problemet for å se hvordan sykepleieren kan finne en løsning og bidra til å se muligheter for pasienten. Joyce Travelbee mener at sykepleie består blant annet av å hjelpe pasienten til å finne mening i sin situasjon og sykdomsbilde. Ved at sykepleieren bidrar til at pasienten finner mening i sin situasjon, legges det til rette for at pasienten skal mestre sin egen hverdag i håp om å få økt livskvalitet (Kristoffersen 2011a). Dette er enklere sagt enn gjort, da behandling av deprimerte pasienter vil være krevende. Det kan være svært vanskelig å motivere pasienten for endring når han selv sliter med følelsen av håpløshet og liten tro på seg selv (Aarre et al. 2009). Det er derfor viktig at sykepleieren møter pasienten med en slik holdning at hans opplevelse av sin situasjon blir anerkjent (Ivarsson 2011). Dette støttes av Travelbee, som igjen mener at det er viktig å være bevisst på mennesket som enkeltindivid. Man skal anse ethvert menneske som unikt. Når man blir utsatt for sykdom vil man reagere ulikt, da opplevelsen av sin livssituasjon er individuelt og personlig. For sykepleieren vil det være viktig å ha kjennskap til pasientens opplevelse av sin situasjon. Travelbee fremmer viktigheten av å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Hun vektlegger at et slikt forhold kun kan etableres mellom personer. Relasjonen mellom sykepleier og pasient må derfor bygges på en slik måte at de ikke lengre forholder seg til hverandre i roller. Det handler om at sykepleieren må legge seg på et nivå der pasienten blir sett på som et unikt menneske (Kristoffersen 2011a). ”Dersom sykepleieren

mangler evnen til å se mennesket i pasienten, vil omsorgen bli upersonlig, overfladisk og mekanisk” (Kristoffersen 2011a, s. 220).

I etableringen av menneske-til-menneske-forhold blir kommunikasjon sett på som et av de viktigste elementene for å lykkes. Gjennom kommunikasjon blir pasienten og sykepleieren kjent med hverandre. Det er viktig for sykepleieren å skille akkurat denne pasienten fra alle andre. Ved å bli kjent med pasienten, øker sykepleierens innblikk i de behov og ønsker han selv har, noe som senere danner grunnlaget for den sykepleien man skal utøve for at dette skal samsvare med hans behov. Målet med menneske-til-menneske-forholdet er at sykepleieren skal gi pasienten hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom (Ibid).

I resultatet fremkommer det at både trening i gruppe og individuelt, styrketrening og kondisjonstrening er eksempel på aktiviteter som kan tas i bruk for å oppnå en bedring i pasientens sykdomsbilde. Det er derfor nødvendig at sykepleieren finner ut hva som passer pasientens behov best når det kommer til hvilken type aktivitet han ønsker. Dette kan gjøres gjennom at sykepleieren benytter seg av sykepleieprosessen. Det går ut på at man identifiserer problemet, stiller diagnose, fastsetter mål, utarbeider plan for arbeidet, gjennomfører planen og evaluerer til slutt resultatet. Sykepleieprosessen er en god metode å bruke for sykepleiere for å bli godt kjent med pasienten (Eide og Eide 2011). Pasientens rett til medvirkning er sentralt under arbeidet med mestringshjelp. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (2013), § 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning, kommer det tydelig frem at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Tjenestetilbudet skal på best mulig vis utformes i samarbeid med pasient og bruker (Ibid). Verdens helseorganisasjon definerer begrepet empowerment som en prosess som gjør at folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse. Det betyr at man i hovedsak skal kunne ta mest mulig kontroll over det som påvirker sin egen helse. Under empowermentprosessen vil sykepleieren fungere som samarbeidspartner for den enkelte pasient, og dermed som ressurs. Samtidig vil oppgaven til sykepleieren være å se pasienten bak sykdommen og hvilke ressurser han har. Det handler dermed om å identifisere, fremme og styrke de mulighetene pasienten har. Dette er informasjon sykepleieren opparbeider seg i løpet av møtet med pasienten, under samtale der kommunikasjon blir brukt (Tveiten 2012).

I resultatet blir det presentert at lav mestringsfølelse er assosiert med barrierer knyttet til fysisk aktivitet. Ved å trekke inn Aron Antonovskys teori om helsebegrepet, vil helse knyttes til menneskets evne til å mestre påkjenninger. God helse kan forklares med at den enkelte mestrer belastninger og påkjenninger som er knyttet til ens liv og hverdag. Mindre god helse kan oppstå når evnen til å tilpasse seg eventuelle endringer og påkjenninger ikke er tilfredsstillende. Det er derfor viktig å

fokusere på faktorer som vil fremme god helse. Det vil bli sett på Antonovskys teori om salutogenese der han tar for seg forhold som medvirker til at mennesker holder seg friske på tross av belastninger (Sævaried 2008). Salutogenese betyr "det som fremmer helse". Begrepet mestring kommer tydelig frem som et viktig aspekt under denne forståelsen. I følge Antonovsky vil mestring være nært knyttet til det å føle at den enkelte har en opplevelse av sammenheng. Hans salutogeniske tenkemåte handler om å ha fokus på det som fremmer og skaper helse. Endring og utvikling er også aspekter som er nært forbundet med mestring (Ibid). For sykepleieren er det derfor viktig å selv ha kunnskap om disse forholdene, slik at han videre kan formidle og bidra hos pasienten (Kristoffersen 2011b). Det er nettopp dette som er målet hos sykepleieren, da det i resultatet fremkommer at lav mestringsfølelse er assosiert med barrierer knyttet til fysisk aktivitet.

Som resultatet i studien viser, har pasienten godt utbytte av psykoedukasjon sammen med fysisk aktivitet som behandling. Dette kan ha sammenheng med at pasienten selv får kunnskap om at fysisk aktivitet har en gunstig effekt når det kommer til helsa, og at det vil resultere i en nedgang i depressive symptomer. Personer med en sterk opplevelse av sammenheng i større grad enn andre vil velge en livsstil som fremmer helsa. Det å føle at man har en sterk opplevelse av sammenheng vil være en ressursebærende faktor hos pasienten, noe som er gunstig i arbeidet om å gjøre en endring og forbedring i livskvalitet. Sykepleierens oppgave blir blant annet å hjelpe pasienten til å styrke hans opplevelse av sammenheng. For det første er det essensielt for pasienten at han får en kognitiv forståelse av den situasjonen vedkommende befinner seg i. Dette omhandler å ha kunnskap om hva som skjer, som i dette tilfelle vil være at han får informasjon og kunnskap om det som medfølger sykdommen. Det at pasienten er bevisst i sin situasjon gjør at behovet for trygghet og kontroll blir oppnådd, og dermed fremmer opplevelsen av sammenheng (Kristoffersen 2011b). Dette kan blant annet gjøres gjennom psyko-educativ behandling, som tar sikte på undervisning og veiledning til pasienten. Det er ønsket at pasienten sitter igjen med økt kompetanse og en mindre følelse av håpløshet (Kringelen 2010).

Antonovsky vektlegger også at pasienten må oppleve mening i situasjonen han befinner seg i. Det er opp til hver enkelt hva som er meningsfylt for dem. Finner man mening i situasjonen, på en eller annen måte, vil dette virke som en motivator for å stå på videre. Som sykepleier må man være forberedt på at dette vil ta tid. For den deprimerte pasienten kan det være svært vanskelig å finne mening i sin situasjonen sin, da han gjerne er preget av en negativ tankegang der blant annet evnen til å glede seg over noe er borte (Aarre 2009). Siste punktet i Antonovskys oppskrift til å oppnå en følelse av sammenheng er at pasienten finner situasjonen håndterlig. Skal situasjonen være håndterlig for pasienten må han føle at han selv kan påvirke i sin hverdag. Det handler ikke dermed sagt om at den enkelte må håndtere situasjonen helt på egen hånd, men at det i bunn og grunn

foreligger visse mestringsmuligheter (Kristoffersen 2011b). For at pasienten skal oppfatte situasjonen som håndterbar må han være klar over hvilke tilgjengelig ressurser han har, og da utnytte disse. Dette kan blant annet omfatte hjelp og støtte fra sykepleier (Sævareid 2008).

Da det i resultatet blir presentert at lav mestringsfølelse er assosiert med barrierer knyttet til fysisk aktivitet, vil Antonovskys salutogenesemodell være nyttig for sykepleieren å ha kunnskap om for å kunne fremme pasientens evne til mestring. Hvordan kan sykepleieren videre benytte seg av disse elementene for å veilede pasienten til mestring? Det krever for sykepleieren at man er kunnskapsrik og i tillegg setter seg inn i pasientens situasjon der følelser sees på som en viktig komponent.

Kunnskap alene, i følge Antonovsky, setter ikke i gang salutogenisk endring. Det legges vekt på at mennesket motiveres ved hjelp av følelser. Dette handler om at pasienten skal få en opplevelse av at han blir behandlet som et enkeltindivid, at behandlingen passer han i forhold til behov og ressurser. Når pasienten har oppnådd målet med en opplevelse av sammenheng i livssituasjonen må han i tillegg kunne påvirke sin evne til å utnytte de ressursene han har for å oppnå den endringen som er ønsket. Det er når pasienten opplever sammenheng i situasjonen at han kan ta i bruk de ressurser som er ansett som nødvendig i situasjonen (Sævareid 2008). Denne tenkningen støttes av sykepleieren Joyce Travelbee som legger vekt på at det er det enkelte mennesket som er mottaker av sykepleie, og man ikke skal generalisere sykepleien (Kristoffersen 2011a).

Når sykepleieren har etablert et menneske-til-menneske-forhold til pasienten, fått avklart hans behov og ressurser og motivert han til å opparbeide seg en opplevelse av sammenheng, er det på tide å iverksette tiltak knyttet til fysisk aktivitet. Motiverende intervju passer i de fleste anledninger der hvor en endring av atferd er ønsket. *"MI er en klientsentrert rådgivning der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterker personens egen motivasjon"* (Ivarsson 2011, s. 9). Denne metoden samsvarer både med Travelbee og Antonovsky, da metoden oppmuntrer pasienten til å løse problemer i sitt eget liv (Kristoffersen 2011a, Kristoffersen 2011b). Veilederens oppgave under et motiverende intervju er å vise at han har tro på den enkelte og legge til rette for at de ressursene pasienten har blir brukt effektivt. For at pasienten skal kunne bli stimulert og bli styrket til å gjøre en endring, er det viktig at han føler seg sett, hørt, forstått og akseptert. Veilederen som i dette tilfellet er sykepleieren må respektere pasientens rett til autonomi, hans rett til å bidra i forløpet (Ivarsson 2011).

Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som spesielt blir lagt vekt på under motiverende intervju er empatisk/reflekterende lytting. Kommunikasjonen består av å bekrefte personen, stille åpne spørsmål, reflektere rundt det pasienten sier og å oppsummere. Ved at sykepleieren setter seg inn i disse elementene vil det føre til at han forstår pasientens syn og verdier, noe som i seg selv er et

grunnleggende mål. En av de viktigste komponentene i MI er å gi pasienten bekreftelse. Det er viktig at sykepleieren, som ansees som rådgiver i denne sammenheng, viser at hun ser og setter pris på pasienten. Ved at sykepleieren under kommunikasjonen benytter seg av åpne spørsmål inviterer hun til at pasienten kommer med fortellende svar. Her får pasienten selv mulighet til å fortelle det han selv ønsker, i tillegg til at han kjenner på følelsen av at sykepleieren er interessert. Spørsmål under samtalen innledes da med ord som "hvordan" "hva" "på hvilken måte". Videre i samtalen kommer refleksjon, som også anses å være en sentral kommunikasjonsferdighet. Sykepleieren kommer med refleksjoner kontinuerlig gjennom samtalen, der hun speiler tilbake til pasienten det man har hørt. Dette vil igjen være en bekreftelse til pasienten, der sykepleieren bekrefter at hun har lyttet til pasienten. Samtidig vil de sammen finne ut om de har forstått hverandre på rett måte. Refleksjoner kan være en måte å vise empati på og det stimulerer pasienten til videre å tenke og utforske sine følelser på. Dette vil igjen føre til at pasienten selv snakker mer om det han tenker, og hans tanker vil da bli forsterket. Ved at sykepleieren reflekter det som blir sagt, forsterkes det ytterligere. Hensikten med MI, som er å motivere og forsterke med sikte på å nå mål blir dermed underbygget. Samtalen avsluttes med en oppsummering, der man gjerne går gjennom innholdet i samtalen. Samtidig innebærer ofte oppsummeringen av å gå et trinn videre eller skifte fokus, som for eksempel føre samtals tema inn på at pasienten selv om tenke ut hvordan han vil gjøre en endring.

4.4 Metodediskusjon

Søkeord ble nøye utvalgt ut i fra utarbeidet hensikt (Vedlegg 1: oversikt over søkehistorikk). Under søkeprosessen ble det dannet en tilfredsstillende grunnmur for oppgaven, der 13 artikler ble innhentet og vurdert som kvalitetssikre artikler som belyste hensikten. De 13 artiklene utgjorde 12 kvantitative- og 1 kvalitativ artikkel. Kvantitativ forskningsmetode omfatter tall og det som er målbart, mens kvalitativ forskningsmetode har en annen vinkling, den forteller noe om pasientens opplevelse. Det var ønsket at studien skulle inkludere både kvalitativ og kvantitativ forskning, da dette er noe som gir oppgaven større dybde og dermed styrker studien. Konsekvensen av at det ble benyttet få kvalitative studier er at det kan ha blitt utelatt gode pasientopplevelser eller dype pasientbeskrivelser. Dette kan regnes som en svakhet, med tanke på at det er et viktig perspektiv for sykepleiere (Dalland 2012).

Ved å velge et pasientperspektiv i resultatet belyser dette viktigheten av individuell fokus for pasienter med depresjon. Hver pasient er unik og kan oppleve sin situasjon ulikt på bakgrunn av blant annet av ressurser. Det var ønskelig å se på pasientens opplevelse av sykdommen og knytte dette opp mot fysisk aktivitet som behandling. Det var derfor viktig at pasientens egen opplevelse av fysisk aktivitet som behandling ble belyst, slik at sykepleien knyttes opp mot pasientens eget behov. Dette kan regnes som en styrke for oppgaven med tanke på at pasienten er ekspert på eget liv, mens sykepleieren sitter med kunnskap rundt hva som egner pasienten. Det var hensiktsmessig å belyse at samarbeid var sentralt for å nå det gitte målet. Slik sett kan sykepleieperspektivet ikke utelukkes fra diskusjonen. Fokuset i oppgavens diskusjonsdel legges til de områder sykepleieren kan bidra for å hjelpe pasienten til å motivasjon og mestring, på grunnlag av hva som er identifisert som betydningsfullt av pasienten selv. Det ble forsøkt å utarbeide tiltak knyttet til de behov pasienten hadde.

Dalland (2012) understrekte at studentene burde anvende ny kunnskap innenfor utvalgt tema, og stille seg kritisk til eldre forskning. Oppgaven inkluderer derfor mye ny forskning fra både 2012 og 2013, dette for å få belyst det som sist er forsket på. Selv om det var ønskelig å anvende så ny forskningslitteratur som mulig, ble det sett på som nødvendig å inkludere artikler fra 2008 og 2009, da disse artiklene bidrar til å belyse oppgavens hensikt.

Bakgrunnen for valg av database er at oppgaven ble basert på en psykisk lidelse, og knytte dette opp mot fysisk aktivitet som behandlingsmåte. Det ble forsøkt å benytte Medline som database der mange treff på forskning ble funnet, men funn ble vurdert som ikke relevant i denne oppgaven da de fleste artikler der handle om depresjon knyttet til en somatisk sykdom. Det ble derfor kun benyttet databasen Psycinfo. Dette kan regnes som en svakhet der mulig god forskning kan ha blitt utelatt.

Tre av artiklene som er anvendt i denne litteraturstudien sier ikke noe om hvorvidt de er etisk godkjent. De er likevel valgt ut til å være med i denne studien da de er svært relevante. Disse tre studiene var alle kvantitative og skaper ikke etiske utfordringer på lik linje som kvalitative artikler, da den kvalitative forskningen går mer i dybden på hva den enkelte føler og mener.

Anvendt forskningslitteratur ble vurdert etter forfatterens bakgrunn. Flere av forskerne har et kjent navn innenfor faget, og har utgitt flere studier. De har utdanning innenfor helsefag, og er enten sykepleiere, leger, psykiatere eller psykologer. Dette styrker kvaliteten på studien.

Samtlige artikler som ble innhentet er skrevet på engelsk. Dette kan sees på som en svakhet, da oversetting av forskningen var utfordrende. Det kan dermed ha blitt utelatt viktige data.

5.0 Konklusjon

- Forskningen har kommet frem til at fysisk aktivitet er en gunstig behandlingsfaktor av depresjon. Fysisk aktivitet har god effekt av depresjonssymptomer hos pasienter med mild, moderat og alvorlig depresjon.
- Fysisk aktivitet med lav og moderat intensitetsnivå gir helsegevinst hos pasientene, da dette blir sett på å være en overkommelig treningsmengde for pasienten selv. Samtidig viser det at pasientens forutsetning for fysisk aktivitet må være god. Her spiller sykepleierens rolle som veileder en stor rolle, der motivasjon og mestring blir sett på som viktige elementer.
- Sykepleierens holdninger vil være en avgjørende faktor i behandlingsløpet, da det for pasienten er essensielt at han føler at hans behov blir anerkjent og dermed føler seg ivaretatt. Dette danner grunnlaget for en god relasjonen mellom sykepleieren og pasienten.
- Depresjon blir sett på som en utbredt lidelse som vil øke med årene. Det vil være et problem som koster samfunnet og som ikke minst er til stor fortvilelse for den enkelte som blir rammet. Det er derfor viktig å øke kunnskapen hos helsepersonell som angår behandling.
- Ved at sykepleieren benytter seg av motiverende intervju som metode for å oppnå atferdsendring hos pasienten, vil pasienten føle seg forstått og ivaretatt. Sentrale elementer som er viktig for sykepleieren å forholde seg til er spesielt evnen til å lytte til pasienten, samt vise empati. Dette gjør at han føler seg respektert. Motiverende intervju åpner for mulighet til refleksjon, noe som vil bevisstgjøre pasienten i veien på å nå et mål.
- Sett i sammenheng med samtaleterapi og medikamentell behandling vil det være hensiktsmessig for pasienten med fysisk aktivitet som alternativ behandling.

Forslag til videre forskning bør rettes mot sykepleien til denne pasientgruppen – hvordan man kan motivere pasienter med depresjon til å være fysisk aktiv. Dette sees på som hensiktsmessig da studien bringe frem et entydig resultat som sier at fysisk aktivitet er effektivt i behandling av depressive pasienter.

Litteraturliste

Asztalos M, Bourdeaudhuij I D, Cardon G (2009) The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among woman and men. *Public Health nutrition* 13(8), 1207-1214

Augestad L B, Slettmoen R P, Flanders W D (2008) Physical activity and depressive symptoms among norwegian adults aged 20-50. *Public health nursing* vol. 25 No. 6, pp 536-545 0737-1209

Carta M G, Hardoy m C, Pilu A Sorba M, Floris A L, Mannu F A, Baum A, Cappai A, Velluti C, Salvi M (2008) improving physical quality of life with groupe activity in the adjunctive treatmen of major depressive disorder. *Clinical practice and epidemiology in Menatal Health* 2008, 4:1 doi:10.1186/1745-0179-4-1

Craft L, Perna F, Freund K, Culpepper L (2008) Psychosocial correlates of exercise in woman with self-reported depressive symptoms. *Journal of physical activity and health*, 2008, 5, 469-480

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. 1. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide H og Eide T (2011) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*, 2. Utgave, Oslo, Gyldendal akademisk

Espnes G A og Smedslund G (2009) *Helsepsykologi*, 2. Utgave., Oslo, Gyldendal akademisk

Forsberg C og Wengström Y (2013) Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning, Stockholm, Natur och kultur

Helsedirektoratet (2009a). Nasjonale retningslinjer. Hentet 9. April 2014, fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon.pdf>

Helsedirektoratet (2009b) ICD-10. Hentet 9. April 2014, fra http://www.kith.no/sokeverktøy/icd10/html/KV_4.htm

Ivarsson B H (2011) *Motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*, Stockholm, Forfatteren og Gothia Förlag AB

Kim Y S, Park Y S, Allegrante J P, Marks R, Ok H, Cho K O, Garber C E (2012) Relationship between physical activity and general mental health. *Preventive medicine* 55 (2012) 458-463

Kringelen E (2011) *Psykiatri*, 10. Utgave, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N J (2011a) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2. Utgave., s.213-223, Oslo, Gyldendal akademisk

Kristoffersen N J (2011b) Helse og sykdom, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E A (red). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2. Utgave., s. 50-62, Oslo, Gyldendal akademisk

Lahti J, Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O (2013) Leisure-time physical activity and psychotropic medication: a prospective cohort study. *Preventive Medicine* 57 (2013) 173-177

Lindwall M, Ljung T, Hadzibajramovic E, Jonsdottir I (2011) Self-reported physical activity and aerobic fitness is differently related to mental health. *Mental health and physical activity* 5 (2012) 28-34

[Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001)] (2013), Rett til medvirkning og informasjon, § 3-1, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>> [Lastet ned: 29.04.2014]

Martinsen E W (2011) *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet- Psykisk helse- Kognitiv Terapi*, 2 utgave, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

McKercher C, Patton G C, Schmidt M D, Venn A J, Dwyer T, Sanderson K (2013) Physical activity and depression symptoms profiles in young men and women with major depression. *Psychosomatic medicine* 75:366-374 (2013)

Moe T (2011) Motivasjon for fysisk aktivitet, i: Martinsen E W, *Kropp og sinn: Fysisk aktivitet- Psykisk helse- Kognitiv Terapi*, 2 utgave, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke

Moto-Pereira J, Silvero J, Carvalho S, Ribeiro J, Fonte D, Ramos J (2011) Moderate exercise improves depression parameters in treatment resistant patients with major depression. *Journal of psychiatric patients research* 45 (2011) 1005-1011

Næss S (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære*, Oslo, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring,

Patten S B, Williams J V A, Lavorato D H, Eliasziw M (2009) A longitudinal community study of major depression and physical activity. *General Hospital Psychiatry* 31 (2009) 571-575

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (9th ed.) Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.

Snoek J E og Engedal K (2010) *Psykiatri – kunnskap, forståelse, utfordringer*, 3. Utgave., Trondheim, Akribes

Sævareid H I (2008) om "menneskearbeid" og "ekspertarbeid" i veiledning, i: Eide S B, Grelland H H, Sævareid H I og Aasland D G. *Til en andres beste – en bok om veiledningens etikk*, 1. Utgave, Oslo, Gyldendal norsk forlag

Tveiten S (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*, 2. Utgave, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten S (2012) Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i: Gammersvik Å og Larsen T (red). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Van der Waerden J E.B, Hoefnagels C, Hosman C M.H, Souren P M, Jansen M W.J (2013) A randomized control trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms. *Social science & medicine* 91 (2013) 89-93

van Uffelen J G.Z, van Gellecum Y R, Burton N W, Peeters G, Heesch K C, Brown W (2013) Sitting-time, physical activity and depressive symptoms in Mid-Aged women. *American Journal of Preventive Medicine* 2013;45(3): 276-281

Aarre T F, Bugge P og Juklestad S I (2009) *Psykiatri for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

VEDLEGG 1: oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Tidsskrift, tittel År Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere/bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
A randomized control trial of combined exercise and psycho-education for low-SES women: short and long-term outcomes in the reduction of stress and depressive symptoms	Se sammenheng mellom kvinner med lav sosioøkonomisk status og depresjon, og knytte dette opp mot fysisk aktivitet som behandling. De ville evaluere effekten av en kombinertintervensjon: trening og fysisk aktivitet	kvantitativ Randomisert gruppebasert studie der kvinner ble delt inn i grupper. E: kun trening EP: trening + psykoedukasjon "Exercise without worries"	Low-ses Kvinner 20-55 år med depressive symptomer eller stressplaget.	Kvinner som deltok i både kombinert trening og psykoedukasjon, og de som kun fikk trening som behandling viste betydelig nedgang i depressive symptomer	Etisk vurdert OK

<p>Van der Waerden J E.B, Hoefnagels C, Hosman C M.H, Souren P M, Jansen M W.J.</p> <p>2013</p> <p>Nederland</p>					
<p>Self-reported physical activity and aerobic fitness is differently related to mental health</p> <p>Lindwall M, Ljung T, Hadzibajramovic E, Jonsdottir I</p>	<p>Undersøke sammenheng mellom psykisk helse og grad av selvrapportert fysisk aktivitet og aerobic fitness(utholdenhetstrening)</p>	<p>Kvantitativ Longitudinal cohort study</p>	<p>Menn og kvinner mellom 25-50 år, forholdsvis god helse, i jobb, ikke medisiner</p>	<p>Generell fysisk aktivitet var knyttet til mental helse, men ingen sammenheng mellom aerobic fitness (utholdenhet)og mental helse.</p>	<p>Etisk godkjent av regional ethical reviewboard</p>

2011 Sverige					
<p>"Moderate exercise improves depression parameters in treatment resistant patients with major depression"</p> <p>Moto-Pereira J, Silvero J, Carvalho S, Ribeiro J, Fonte D, Ramos J</p> <p>2011</p> <p>Portugal</p>	Vurdere effekten av et treningsprogram med moderat intensivitet hos pasienter med MDD.	<p>Kvantitativ</p> <p>Prospective, randomisert.</p> <p>Gruppebsert: 22 stk i et moderat intensivt treningsprogram.</p> <p>12ukers hjemmebasert treningsprogram som går ut på å gå 30-45 min pr dag 5 ganger i uka</p>	<p>Pasienter diagnostisert med MDD for mer enn 9 mnd siden og minder enn 15 mnd siden</p> <p>Menn og kvinner</p> <p>18-60 år</p>	Studien viser at treningsprogrammet var et nyttig og effektivt alternativ behandlingsmåte. Stor forbedring i depressive symptomer hos deltagere	Etisk godkjent av IRB

<p>"Physical activity and depression symptoms profiles in young men and woman with major depression</p> <p>McKercher C, Patton G C, Schmidt M D, Venn A J, Dweyer T, Sanderson K</p> <p>2013</p> <p>Australia</p>	<p>Se om det er forskjell på deprimerte kvinner og menn som er fysisk aktiv vs. De som er fysisk inaktiv</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Menn og kvinner med MDD</p>	<p>Fysisk aktive menn: liten forekomst av insomnia og suicidalitet</p> <p>Fysisk aktive kvinner:</p>	<p>Etisk vurdert OK</p>
<p>"improving physical quality of life with groupe activity in the adjunctive</p>	<p>Sammenligne livskvalitet hos deprimerte pasienter med og uten trening</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Randomisert kontrollstudie . 32 ukers treningsprogram</p>	<p>Kvinner med MDD 40-60 år</p>	<p>Pasienter med MDD som er vabskelig å kurere har god effekt av treningsprogram. Studien viser en</p>	<p>Står ikke noe om etisk vurdering</p>

<p>treatmen of major depressive disorder”</p> <p>Carta M G, Hardoy m C, Pilu A Sorba M, Floris A L, Mannu F A, Baum A, Cappai A, Velluti C, Salvi M</p> <p>2008</p> <p>Italia</p>		<p>Pasienter ble vurdert ved oppstart av det fysiske aktivitetsprogrammet og igjen etter 2,4,6 og 8 mnd.</p> <p>Livskvalitet ble vurdert ut fra WHOQOL-bref (helserelatert livskvalitet)</p> <p>2x60 min pr uke – instruktør (trening og psykologigrad + sprts psykopatologi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. oppvarming 2. physiological strenghtning 3. stretching <p>ble brukt apparat i step</p> <p>2. Gjort i sirkel. Også fokus på</p>		<p>langtidsforbedring (etter 32 ukers aktivitetsprogram).</p>	
---	--	---	--	---	--

		<p>kommunikasjon og det å være sammen</p> <p>hver sesjon ble gjort under oppsyn av</p> <p>psykolog</p>			
"Physical activity and depressive symptoms	Assosiasjon mellom fysisk aktivitet og forekomst av depresjons symptomer	<p>Kvantitativ</p> <p>Prospective population-based observational</p>	Menn og kvinner mellom 21-40 år.	Menn og kvinner som trener har mindre sjans til å utvikle depresjonssymptomer.	Etisk vurdert OK

<p>among norwegian adults aged 20- 50"</p> <p>Augestad L B, Slettmoen R P, Flanders W D</p> <p>2008</p> <p>Norge</p>		<p>study – followup study!.</p> <p>HUNT1 – HUNT2</p> <p>HADS-D: hospital anxiety and depression scale. Ser på nivå av depresjon(også somatiske symp).</p>		<p>Trening => lav score på depresjonsskala.</p> <p>Høyt nivå av fysisk aktivitet = lav HADS-D score.</p> <p>Forekomst av depresjon blant kvinner i alder 36- 40 år var det samme som ungdom 21-25 år. Blant menn var forekomst av depresjon hos de eldre nesten doblet fra aldersgruppen 21-25 år.</p> <p>Forskjell på menn og kvinner!</p> <p>menn: lav forekomst av depresjon for de som oppgå lav/medium nivå av FA vs de som var</p>	
--	--	---	--	---	--

				<p>inaktiv</p> <p>kvinne: lav forekomst av depresjonssympt blant de som oppgammderat/medium nivå av FA vs de inaktive. Lavt nivå FA samme depresjonsscore som de inaktive.</p>	
<p>"Relationship between physical activity and general mental health"</p> <p>Kim Y S, Park Y S, Allegrante J P, Marks R, Ok H, Cho K O, Garber C E</p> <p>2012</p>	<p>Sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, og ville i tillegg undersøke om det finnes en optimal treningsmengde forbundet med god mental helse</p> <p>Optimalt nivå av FA knyttet til kjønn, alder og psykisk helse?</p> <p>Optimal terskel assosiert med bedre helse?</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Self-reported data randomly collected by computer-assisted telephone interview.</p> <p>Plukket ut av streng protokoll.</p>	7674 voksne	<p>Resultatet viser en assosiasjon mellom fysisk aktivitet og mental helse. Optimal terskel for mentale helsefordeler er 2,5 t – 7,5 t pr uke.</p> <p>Viser at moderat treningsmengde gir godt utslag for mental helse</p>	<p>Sier ikke noe om etisk vurdering</p>

USA					
<p>"Psychosocial correlates of exercise in woman with self-reported depressive symptoms"</p> <p>Craft L, Perna F, Freund K, Culpepper L</p> <p>2008</p> <p>USA</p>	<p>Vi tok sikte på å fastslå i hvilken grad vanlige godkjent trening determinants er relevant for kvinne</p> <p>rapporterer depressive symptomer</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>intervju med spørsmål rettet mot sivilstatus, mental helse, inntekt, medisinsk historie, tidligere depresjonsbehandling</p> <p>verktøy som er brukt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PHQ-9 -PBPA -DSM-IV - SSEB: social support scale for exercise behavior - SEEB: Self-efficacy for exercise behavior 	<p>31 kvinner i alder 18-65 år</p> <p>11 kvinner ekskludert på grunn av det de oppga av info om deres mental helse (angst, PTSD osv)</p>	<p>Lavt nivå av mestringsfølelse og sosial støtte for trening ble rapportert</p> <p>Dep.sympt. er assosiert med barrierer til trening</p> <p>Barrierer for aktivitet og utdanningsnivå viser seg å være bestemmende faktorer for trening</p>	<p>Godkjent av IRB</p>

<p>"The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among woman and men"</p> <p>Asztalos M, Bourdeaudhuij I D, Cardon G</p> <p>2009</p> <p>Belgia</p>	<p>Undersøke om det er kjønn-spesifikke variasjoner knyttet til aktivitet intensiteten i forholdet mellom fysisk aktivitet og psykisk helse</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Cross-sectional, populasjonsbasert</p> <p>Intervju</p>	<p>6803 voksne i alder 25-64</p>	<p>Analysen viste at klart forskjellige intensitetsnivåer preget PA at forbundet med psykisk helse i kvinne og menn</p> <p>Menn: hos menn, omvendte assosiasjoner eksisterte mellom deltakelse i sprek intensitet PA og følelser av depresjon og symptomer på somatisering</p> <p>Kvinner: hos kvinner, positive assosiasjoner eksisterte mellom gåing og følelsesmessig velvære og inverse assosiasjoner mellom</p>	<p>Etisk vurdert OK</p>

				<p>deltagelse i moderat intensitet PA og symptomer på somatisation.</p> <p>sekundære analyser bekreftet at forskjeller i psykologisk klager var betydelig for kraftig PA hos menn, og for moderat PA for kvinner, mens forskjeller i emosjonell trivsel var viktig for å gå eksklusivt for kvinner</p>	
<p>"A longitudinal community study of major depression and physical activity</p> <p>Patten S B, Williams J V A, Lavorato D H,</p>	<p>Målet med studien var å finne ut m depresjons symptomer (major depressive disorder) er knyttet til overgang mellom aktive og inaktive fritidsaktiviteter</p>	<p>Kvantitativ</p> <p>Langtidsstudie, nasjonalt representativt utvalgt</p> <p>Intervju</p>	<p>Kvinner og menn</p> <p>Delt inn i aldersgrupper</p> <p>12-18</p> <p>19-25</p> <p>26-45</p>	<p>MDE kan sees i sammenheng med en risk for å gå fra aktiv til inaktiv. Resultatet viser at det er lik risk for både kvinner og menn.</p> <p>MDE-> risk for å gå fra aktiv til inaktiv, MEN</p>	<p>Står ikke noe om at den er etisk vurdert</p>

Eliasziw M 2009 Canada			46-65 65+	samtidig vil ikke MDE hindre en fra å gå fra inaktiv til aktiv Lavest risk for aldersgruppen 12-18 år, og høyet risk for de som er over 65 år	
"Sitting-time, physical activity and depressive symptoms in Mid-Aged women" van Uffelen J G.Z, van Gellecum Y R, Burton N W, Peeters G, Heesch K C, Brown W 2013	å undersøke samtidige og fremtidige assosiasjoner mellom både sitte-tid (inaktivitet?) og fysisk aktivitet med utbredt depressive symptomer hos mellomaldrende kvinner	Kvantitativ Sitting-time: - <4 timer - >4-7 timer - >7 timer FA: - ingen - noe - meeting guiedeline = sportsevne? Depresjons symptomer: symptom/ikke- symptom	Kvinner 50-55 år	Kvinner som satt >7 tima pr dag og som ikke var fysisk aktiv viste større forekomst av depressive symptomer i forhold til kvinner som satt< 4 tima pr dag som møtte fysiske retningslinjer. Sammenheng mellom Kvinner som satt >7 timer per dag og ikke var fysisk aktiv og depresjonssymptomer –	Etisk vurdert OK

				<p>disse viste en trippel depresjonsøkning i forhold til de som satt >4 timen pr dag OG var fysisk aktiv!</p> <p>i prospektive hovedeffekter og interaksjonsmodellering, ble sittende-tid ikke forbundet med depressive symptomer, men kvinner som gjorde ingen fysisk aktivitet var mer sannsynlig enn de som møtte fysiske retningslinjer aktivitet å ha fremtidige depressive symptomer</p>	
"Leisure-time physical activity and psychotropic	Målet med denne studien var å undersøke assosiasjoner til fritidsaktivitet med påfølgende psykotrope	Kvantitativ	Menn og kvinner 40-60 år i arbeid	fritiden fysisk aktivitet var assosiert med redusert risiko for eventuelle psykotrope	Står ikke noe om at den er etisk

<p>medication: a prospective cohort study”</p> <p>Lahti J, Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O</p> <p>2013</p> <p>Fnland</p>	<p>medikamenter.</p>			<p>medikamenter. etter justering for tidligere psykotrope medisiner condition utøvere, den kraftig aktive og moderatly aktiv hele viste en redusert risiko for medisiner sammenlignet med inaktive. foreningene var lik for de to hovedgruppene av psykotrope medikamenter: antidep, sedaiva, sovedmed</p> <p>fritidsaktiviteter er en potensiell viktig faktor for å hindre mentale helseproblemer</p>	<p>vurdert</p>
--	----------------------	--	--	---	----------------

VEDLEGG 2: oversikt over søkehistorikk

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Psycinfo (25.03.14)	2007- current English Danish Norwegian Swedish Abstract	Mental health AND Physical activity OR Exercise "aerobic exercise"	151	50	20	3	1
Psycinfo (25.03.14)	2007- current English Danish Norwegian Swedish Abstract	Depression "major depression" "depression emotion"	19	19	6	2	1

	Mental health	OR Depressive disorder "depression emotion" "psychiatric patients" AND Physical activity OR Physical fitness					
Psycinfo (08.04.14)	2007- current abstract full text english language	Depressive symptoms OR Depression AND	347	150	20	10	3

		Physical fitness OR Physical activity					
Psycinfo (26.03.14)	2007- current English Danish Norwegian Swedish Abstract Mental health OR Quality of life	Depression "major depression" "depression emotion" OR depressive disorder "major depression" "psychiatric patients" AND	115	80	10	7	5

		Physical activity					
		OR					
		Physical fitness					

Utvalg 1: lest artikkelens tittel

Utvalg 2: lest artikkelens abstrakt

Utvalg 3: lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: artikkel valgt ut for gransking og vurdering

I tillegg er det innhentet 2 forskningsartikler via håndsøk.

